

東京山手メディカルセンター { インプラント CT
デンタル CT } 検査申込書(診療情報提供書)

(どちらかを○で囲んでください)

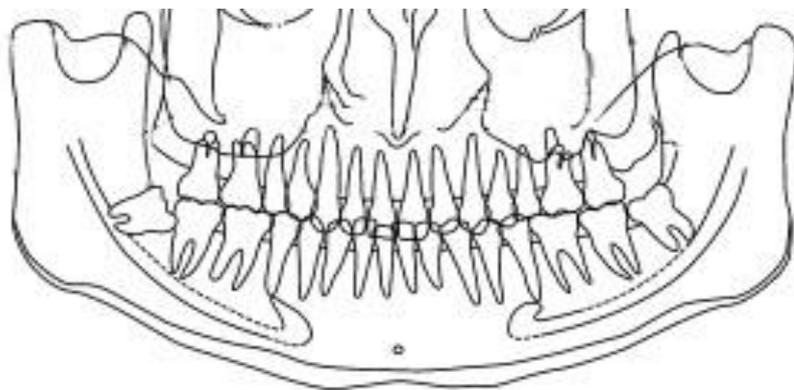
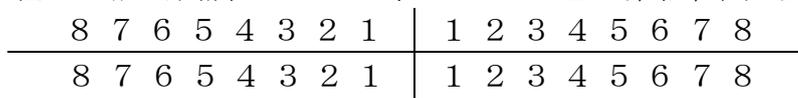
東京山手メディカルセンター
総合医療相談室(医療連携室)
TEL : 03-3364-0366

医療機関名

お手数ですが、下記内容をご記入の上、患者さんに持参させて下さい。9:00~16:00にご来院いただき、総合医療相談室(⑧番窓口)にご提出下さい。予約なしで当日撮影が可能です。

フリガナ		男	当院で診察を受けたことがありますか？
氏名		女	ある ない
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日 歳
住所	(〒 —) 必ず記入してください。		
電話	昼間連絡可能な番号	—	—
F A X		—	—

- ・ 病名 _____
- ・ 目的 _____
- ・ 撮影部位 歯式の該当箇所には○をつけ、シェーマには□で撮影範囲を図示してください。



- ・ ステント 有 ・ 無 (着脱指導は貴院でお願い致します)
- ・ その他、撮影および画像処理に関する指示

東京山手メディカルセンター { インプラント CT
デンタル CT } ご案内 (患者用)

(どちらかを○で囲んでください)

患者 氏名 _____

9:00～16:00 に東京山手メディカルセンター総合医療相談室(⑧番窓口)に直接お越しください。
予約は不要です。

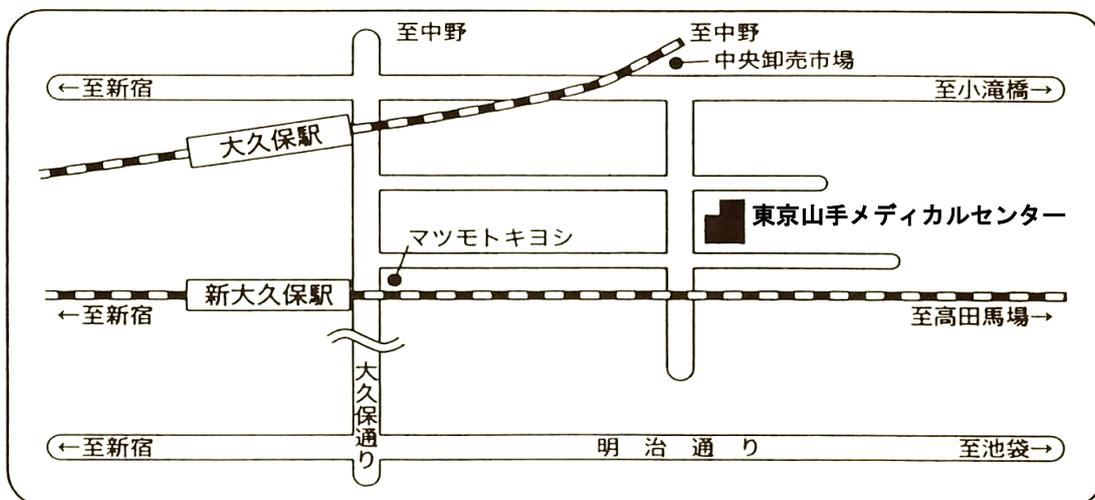
・撮影当日に病院へ持っていくもの

- ① { インプラント CT
デンタル CT } 検査申込書(診療情報提供書)
- ② 健康保険証
- ③ 当院の受診歴がある場合は、当院の診察券

・撮影当日の行動

- ① 総合医療相談室(⑧番窓口)に、主治医から受け取った { インプラント CT
デンタル CT } 検査申込書(診療情報提供書)をご提出下さい。
- ② 地下1階の放射線科へ移動し撮影を行います。検査時間は10分程度です。
- ③ 1階3番窓口で料金計算を行います。
インプラントCT(私費)は16,500円(税込み)です。
デンタルCT(保険適用)は3割負担の場合、約6,000円です。
- ④ インプラントCTの画像データ(CD-ROM)は、当日お渡し致します(30～60分ほど時間を要します)。
デンタルCTの画像データ(CD-ROM)は、後日かかりつけ歯科医院に郵送されます。

病院案内図



お問い合わせ

〒169-0073 東京都新宿区百人町 3-22-1
東京山手メディカルセンター 総合医療相談室
TEL 03-3364-0366(月～金 8:30～17:00)
FAX 03-3365-5951(24時間受付)